

SOLICITUD PARA MEDICAID RETROACTIVO

State of Michigan
Family Independence Agency

AUTHORITY: Federal 42 CFR 435. **COMPLETION:** Voluntary.
PENALTY: No medical coverage will be authorized.

Family Independence Agency (FIA) no discrimina contra ningún individuo o grupo ; causa de su raza, sexo, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, creencias políticas o incapacidad. Si Ud. necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de FIA en su condado.

Grantee Name				Grantee Client ID	
Case Number			Date		
County	District	Section	Unit	Specialist	Other ID (as required)

1. Mi familia tiene gastos médicos sin pagar por el(los) mes(es) de:

Primer Mes	Mes	Año	Segundo Mes	Mes	Año	Tercer Mes	Mes	Año
-------------------	-----	-----	--------------------	-----	-----	-------------------	-----	-----

▼ CONTESTE LAS PREGUNTAS 2-9 POR CADA MES QUE SE SOLICITO EN LA PREGUNTA 1. ▼

2. Enliste usted y cada miembro de su familia que vivió con usted durante algún tiempo el primer mes . Marque Sí si la persona tiene gastos médicos no pagados este mes.	2. Enliste a usted y cada miembro de su familia que vivió con usted durante algún tiempo el segundo mes . Marque Sí si la persona tiene gastos médicos no pagados este mes.	2. Enliste a usted y cada miembro de su familia que vivió con usted durante algún tiempo el tercer mes . Marque Sí si la persona tiene gastos médicos no pagados este mes.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
3. ¿Estuvo algún miembro de su familia en un hospital, asilo, o fuera de la casa en el último día del primer mes ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si es Sí, escriba el nombre del miembro de la familia:	3. ¿Estuvo algún miembro de su familia en un hospital, asilo, o fuera de la casa en el último día del segundo mes ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si es Sí, escriba el nombre del miembro de la familia:	3. ¿Estuvo algún miembro de su familia en un hospital, asilo, o fuera de la casa en el último día del tercer mes ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si es Sí, escriba el nombre del miembro de la familia:
4. Explique cualquier cambios durante el primer mes (nacimiento de un niño, miembro de la familia se fue o volvió a casa, se caso, divorcio, murió, empezó o terminó embarazo, comenzó o paró el trabajo) e indique la fecha del cambio.	4. Explique cualquier cambios durante el segundo mes (nacimiento de un niño, miembro de la familia se fue o volvió a casa, se caso, divorcio, murió, empezó o terminó embarazo, comenzó o paró el trabajo) e indique la fecha del cambio.	4. Explique cualquier cambios durante el tercer mes (nacimiento de un niño, miembro de la familia se fue o volvió a casa, se caso, divorcio, murió, empezó o terminó embarazo, comenzó o paró el trabajo) e indique la fecha del cambio.

INGRESO: (Preguntas 5-7) Por cada mes que se solicitó, adjunte prueba de todo ingreso recibido. Adjunte una copia de las órdenes del corte por sostenimiento de niño pagado.

5. ¿Fue cualquier miembro de la familia empleado o empleado por cuenta propia en cualquiera de los meses listados en pregunta 1? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si es Sí, anote lo siguiente:	PRIMER MES		SEGUNDO MES		TERCER MES	
	Total de ingreso ganado mensual antes de deducciones	Nombres de los niños recibiendo cuidado de niño debido a empleo	Total de ingreso ganado mensual antes de deducciones	Nombres de los niños recibiendo cuidado de niño debido a empleo	Total de ingreso ganado mensual antes de deducciones	Nombres de los niños recibiendo cuidado de niño debido a empleo
Persona empleada:	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
Nombre de la Persona Empleado por Cuenta Propia	Ingreso mensual grueso, menos deducciones permisibles de impuestos ferderales (no se permite DEPRECIACION)		Ingreso mensual grueso, menos deducciones permisibles de impuestos ferderales (no se permite DEPRECIACION)		Ingreso mensual grueso, menos deducciones permisibles de impuestos ferderales (no se permite DEPRECIACION)	
6. ¿Hay algún miembro de su familia que pagó sostenimiento de niño en cualquiera de los meses listados en pregunta 1? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si es Sí, anote lo siguiente:	Total mensual de sostenimiento de niño pagado		Total mensual de sostenimiento de niño pagado		Total mensual de sostenimiento de niño pagado	
Persona pagando gastos:	\$		\$		\$	
7. ¿Hay algún miembro de su familia que pagó o gastos de custodia o tutor en cualquiera de los meses listados en pregunta 1? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si es Sí, ¿quien paga?	7. ¿Hay algún miembro de su familia que pagó o gastos de custodia o tutor en cualquiera de los meses listados en pregunta 1? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si es Sí, ¿quien paga?		7. ¿Hay algún miembro de su familia que pagó o gastos de custodia o tutor en cualquiera de los meses listados en pregunta 1? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si es Sí, ¿quien paga?		7. ¿Hay algún miembro de su familia que pagó o gastos de custodia o tutor en cualquiera de los meses listados en pregunta 1? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si es Sí, ¿quien paga?	

8. OTRO INGRESO: Incluye todos los miembros de la familia. Cada artículo debe ser contestado SI o NO.

TIPO DE INGRESO	PRIMERA MES			SEGUNDA MES			TERCERA MES		
	S/NO	CANTIDAD MENSUAL	INGRESO DE QUIEN	S/NO	CANTIDAD MENSUAL	INGRESO DE QUIEN	S/NO	CANTIDAD MENSUAL	INGRESO DE QUIEN
Beneficios de Seguro Social (RSDI)		\$			\$			\$	
Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)		\$			\$			\$	
Beneficios de Retiro o Pensión		\$			\$			\$	
Beneficios de Veteranos		\$			\$			\$	
Beneficios de Incapacidades		\$			\$			\$	
Ingreso de Renta		\$			\$			\$	
Compensación de Trabajadores		\$			\$			\$	
Sostenimiento de Niño o Alimenticia		\$			\$			\$	
Compensación de Desempleos		\$			\$			\$	
Asignación Militar		\$			\$			\$	
Distribución de Juego (Ganancia de Juego Casino)		\$			\$			\$	
Otro		\$			\$			\$	

9. BIENES: Incluye bienes de todos los miembros de la familia. Cada artículo debe ser contestado SI o NO. Adjunta la prueba del valor por la solicitud de cada mes retro.

TIPO DE BIENES	PRIMERA MES			SEGUNDA MES			TERCERA MES		
	S/NO	CANTIDAD MENSUAL	INGRESO DE QUIEN	S/NO	CANTIDAD MENSUAL	INGRESO DE QUIEN	S/NO	CANTIDAD MENSUAL	INGRESO DE QUIEN
Dinero en Efectivo, en caja de depósito o fondo fiduciario de paciente		\$			\$			\$	
Cuentas de ahorro, cheque, o de Unión de Crédito		\$			\$			\$	
Hogar, herencia de propiedad de vida (life estate), contrato por vida		\$			\$			\$	
Propiedad (no su hogar)		\$			\$			\$	
Hipoteca, contrato de terreno u otras notas pagables a miembro de la casa		\$			\$			\$	
Bonos de ahorro o fondos de mercado monetario		\$			\$			\$	
Acciones o fondo mutuos		\$			\$			\$	
IRA, KEOGH, 401K o cuentas de compensación diferida		\$			\$			\$	
Fondos Fideicomiso (Trust Fund(s))		\$			\$			\$	
Seguro de Vida		\$			\$			\$	
Anualidad		\$			\$			\$	
Autos, camiones, botes, motocicletas, otros vehículos		\$			\$			\$	
Herramientas y equipo, ganado o cultivos		\$			\$			\$	
Contratos de funeral		\$			\$			\$	
Parcela de cementerio, ataúd, etc.		\$			\$			\$	
Certificado de Depósito (C.D.) o certificados de ahorro		\$			\$			\$	
Otros		\$			\$			\$	

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACION QUE ESCRIBI EN ESTA FORMA ES VERDAD AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO

Firma	Fecha	Firma del Esposo(a)	Fecha
-------	-------	---------------------	-------